

Gezondheidspromotie en de kansarme zwangere

Katrin De Boelpaep, vroedvrouw,
master in medisch-sociale wetenschappen,
lector opleiding vroedkunde,
Katholieke Hogeschool Leuven

Inleiding

Kansarmoede begint in de baarmoeder.

"De gezondheidskloof begint al voor de geboorte. Hoe armer, hoe ongezonder. Zelfs voor wie nog in de baarmoeder zit" (Willems, 2012).

Eén op tien mensen in Vlaanderen leeft onder de armoedersicodrempel (Studiedienst van de Vlaamse Regering, 2013). Ondanks de groeiende inspanningen op Vlaams en lokaal vlak leeft 11,3% van de jonge kinderen in een gezin met een verhoogd armoederisico. Dit risico ligt beduidend hoger bij kinderen uit eenoudergezinnen (23,1%) en kinderen in gezinnen waar niemand werkt (75,4%) of waar deeltijds wordt gewerkt (16% tot 44,7%). Ook kinderen in een gezin waarvan minstens één ouder de nationaliteit heeft van een land van buiten de Europese Unie lopen een hoger risico om in armoede op te groeien (58,1%) (Kind & Gezin, 2012).

Reeds in de moederschoot wordt de ontwikkeling en de gezondheid van het ongeboren kind beïnvloed door factoren die terug te brengen zijn tot de sociaaleconomische situatie waarin de vrouw en/of het gezin verkeert. Zo blijkt uit onderzoek dat kansarme zwangeren een verhoogd risico hebben op ongunstige zwangerschapscitkomsten. Door een laatijdige of inadequaat begeleiding van de zwangerschap kennen zij een verhoogd risico op pre-eclampsie; hebben zij meer kans op een kind met een laag geboortegewicht en kennen zij meer

Kansarmoede begint in de baarmoeder.
"De gezondheidskloof begint al voor de geboorte. Hoe armer, hoe ongezonder. Zelfs voor wie nog in de baarmoeder zit" (Willems, 2012).

vroeggeboortes en perinatale sterfte (Hardeman, 2012). Een ongezonde leefstijl, roken, alcoholgebruik en overgewicht dragen hiertoe bij. Bijgevolg is het begeleiden van de kansarme vrouw tijdens de zwangerschap op een tijdige en gepaste wijze zeer belangrijk voor de outcome van moeder en baby. Een belangrijke taak voor de vroedvrouw en andere gezondheidswerkers is hier weggelegd: een begeleiding op maat met aandacht voor de specifieke informatienoden. Maar hoe dient de vroedvrouw deze kansarme vrouwen te benaderen om resultaat te boeken? Dienen zij op een andere manier begeleid te worden dan eerder welke zwangere vrouw? Deze literatuurstudie tracht hier een antwoord op te geven. Eerst wordt er stilgestaan bij de begrippen kansarmoede en kansarmoedecirkel. Daarna wordt dieper ingegaan op het profiel van de kansarme zwangere. Wie is zij? Welke drempels ervaart zij? Eens dit duidelijk is kan de gezondheidspromotie hierop afgesteld worden. In het laatste deel worden de basisprincipes van een begeleiding op maat uitgewerkt, aangevuld met praktische tips voor de vroedvrouw in haar benadering van de kansarme zwangere.

Methodologie

Er werd een literatuurstudie uitgevoerd om gezondheidspromotie aan de zwangere kansarme vrouw in beeld te brengen. Zij is gebaseerd op referenties, bekomen uit verschillende databanken zoals PubMed, de EPI centre database en de CRD database. Daarnaast werd interessante informatie gehaald uit grijs literatuur zoals de websites van Kind & Gezin, het VigeZ en de portaalsite welzijn van het Vlaamse Parlement. Proefschriften en publicaties van bestuursorganen werden geraadpleegd.

Wat is kansarmoede

Definitie

Armoede en kansarmoede zijn complexe begrippen. Vranken (2007) definieert armoede als een netwerk van sociale uitsluitingen dat zich uitstrekt over meerdere gebieden van het individuele en collectieve bestaan. Het scheidt de armen van de algemeen aanvaarde leefpatronen van de samenleving. Deze

kloof kunnen ze niet op eigen kracht overbruggen. Armoede beperkt zich niet enkel tot het ontbreken van financiële middelen. Het grijpt in op alle levensdomeinen en veroorzaakt allerhande kloven, die samen leiden tot een missing link tussen de leefwereld van armen en niet-armen. Wederzijdse onbekendheid, vooroordelen en miscommunicatie kunnen daarvan het gevolg zijn (Spieschaert, 2005).

Waar bij armoede het financiële tekort benadrukt wordt, gaat het bij kansarmoede om een multi-aspectuele armoedesituatie (Lammertijn, 1990). Kansarmoede heeft betrekking op deprivatie op verschillende levensdomeinen (Van Regenmortel, 1996; Vranken & Steenssens, 1996). Naast een relatief laag inkomen hebben kansarmen vaak te kampen met een veralgemeende achterstelling of uitsluiting wat betreft participatie, maatschappelijke dienstverlening, werkgelegenheid, onderwijs, rechtsbedeling, gezin, cultuur en vrijetijdsbesteding, huisvesting en gezondheidszorg (KBS, 1994).

Kansarmoede wordt door Kind & Gezin (2012) gezien als 'een toestand waarbij mensen beknot worden in hun kansen om voldoende deel te hebben aan maatschappelijk hoog gewaardeerde goederen, zoals onderwijs, arbeid en huisvesting. Het gaat hierbij niet om een eenmalig feit, maar om een duurzame toestand die zich voordoet op verschillende terreinen, zowel materiële als immateriële'. Zes toetsingscriteria worden in de praktijk gehanteerd om kansarmoede te definiëren. Wanneer een gezin aan drie of meer van deze zes criteria beantwoordt, wordt het als kansarm beschouwd.

- 1 Beschikbaar maandinkomen: Het gezin geniet van een onregelmatig maandinkomen; leeft van een werkloosheidsuitkering en/of leefloon; het beschikbaar inkomen ligt lager dan het leefloon.
- 2 Opleiding ouders: De opleiding van één van de ouders is lager of gelijk aan lager onderwijs, beroepsonderwijs, buitengewoon onderwijs; één van de ouders heeft het lager secundair onderwijs niet beëindigd; één van de ouders is analfabeet.
- 3 Arbeidsituatie ouders: De arbeidsituatie van de ouders is precar; werkloosheid van beide ouders of van de alleenstaande ouder en/of is werkzaam in beschutte werkplaats.
- 4 Laag stimulatieniveau: De ontwikkeling van de kinderen in het gezin ligt laag; er is een laag stimulatieniveau van de kinderen, geen of onregelmatig volgen van het kleuteronderwijs;

er zijn moeilijkheden in de verzorging van de kinderen.

- 5 Huisvesting: De huisvesting is onaangepast: verkrotte, ongezonde en/of onveilige woning; te klein en/of te weinig nutsvoorzieningen.
- 6 Gezondheid: Zwakke gezondheid van de gezinsleden, gebrek aan kennis en deelname aan de gezondheidszorg, chronische ziektes en/of handicaps in het gezin.

Doorheen de jaren vertoont de kansarmoede-index van Kind en Gezin een stijgende trend: van 6% in 2007 naar 9,7% in 2011. In het Vlaamse Gewest draagt de kansarmoede-index 4,4% bij kinderen met een moeder van Belgische origine en 26,3% bij kinderen met een moeder van niet-Belgische origine. In vergelijking tot 2010 is de toename van kansarmoede in de gezinnen met een moeder van niet-Belgische origine (+2,9% in 2011) opvallend (Kind & Gezin, 2012).

Kringloop van kansarmoede

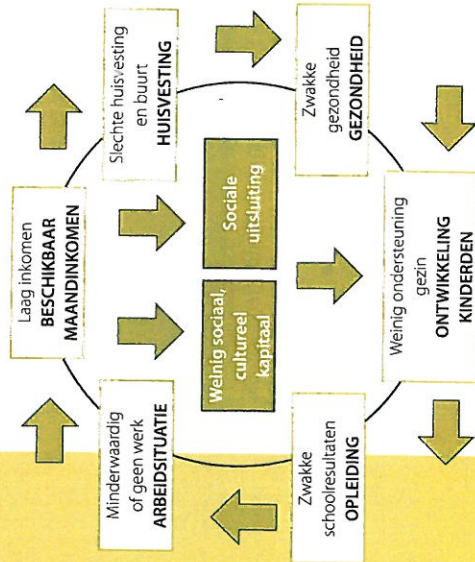
Kansarmoede is een ondoorzichtig kluitje van oorzaak en gevolg. Kansarmen beschikken over weinig economisch, sociaal en cultureel kapitaal. Wie in armoede leeft, kent niet alleen een gebrek aan inkomen, maar zit ook verstrikt in allerlei vormen van sociale uitsluiting die op elkaar inwerken en elkaar versterken. De materiële uitsluiting vormt de buitentekant: mensen vinden geen betaalbare woning, stellen doktersbezoek uit en vinden moeilijk werk. De binnenkant van kansarmoede wijst op de menselijke gevolgen hiervan: de kansarme vertoont een gebrek aan zelfvertrouwen, schaamte en heeft een negatief zelfbeeld. Hierdoor trekt zij zich meer en meer terug en geraakt zij nog meer sociaal geïsoleerd. Zij geraakt in een vicieuze cirkel, de zogenaamde kansarmoedecirkel (figuur 1).

Deze kringloop van kansarmoede is niet alleen zichtbaar bij de mensen die van generatie op generatie arm zijn, maar ook meer en meer mensen die bestaansonzeker worden (langdurige werklozen, alleenstaande ouders met kinderen...), komen in deze kringloop terecht.

Het profiel van de kansarme zwangere

Dé kansarme zwangere bestaat niet. Nicaise & De Wilde (1995) maken een onderscheid tussen nieuwe armoede en generatiearmoede. Generatiearmoede is een vorm van kansarmoede waarin mensen generatie na generatie geboren worden in een kansarm gezin. Zij worden van zeer jong geconfronteerd

Figuur 1: Kansarmoedecirkel, vertaald naar de kansarmoede-index Kind & Gezin (Cré, 2010)



met een heel aantal problemen en slagen er niet in om de kringloop te doorbreken (Goris et al., 2010). Daarnaast kunnen mensen door de economische crisis of door een tegenslag in het leven terecht komen in een bestaansonzekere situatie. Deze situatie kan op hun beurt financieel- economische, sociale, psychologische en opvoedkundige onzekerheden veroorzaken, waarbij men kan terechtkomen in de nieuwe armoede: mensen die voorheen niet arm waren, maar door omstandigheden nu armer of niet rondkomen. Bij deze nieuwe armoede schuilt ook het gevaar dat sommige mensen hun leven lang niet meer uit deze cirkel geraken en terechtkomen in de generatiearmoede, waarbij de armoede over de generaties heen wordt overgedragen. Het grote verschil tussen generatiearmen en nieuwe armen is dat generatiearmen geen mechanismen hebben aangeleerd om zich te verzetten tegen hun onrechtvaardige situatie (Goris et al., 2010). Leven in generatiearmoede brengt remmende psychologische mechanismen, inefficiënte relaties en communicatiepatronen met zich mee. Aandachtspunten die de voedvrouw in de benadering van de kansarme zwangere dient mee te nemen.

Drempels

Mensen in kansarmoede worden geconfronteerd met drempels van diverse aard. Deze drempels belemmeren de kansarme zwangere in haar participatie op verschillende vlakken. Vanhauwaert (2007)

omschrijft vier drempels.

Intellectuele drempels: Informatie is tegenwoordig een vorm van kapitaal. Dit informatiekapitaal bepaalt mee welke plaats men in de samenleving inneemt. De informatie kloof leidt hierbij tot een wijder wordende kennis kloof. Wie niet over de juiste informatie beschikt of niet de capaciteiten heeft om met die informatie om te gaan, heeft het moeilijker om zich in de informatiesamenleving te handhaven. Door een laag ontwikkelings- of opleidingsniveau is het niet gemakkelijk voor de kansarme zwangere om informatie te vinden, te lezen en te begrijpen. Door beperkte cognitieve vaardigheden worden boodschappen moeilijk gevat wegens een te hoge moeilijkheidsgraad. Kansarmen vertonen vaak het 'hoorparaat effect': zij verdrinken in informatie of vermijden deze informatie door gebrek aan aanknopingspunten (Vigez, 2012). Zo ook voor de kansarme zwangere: er is een breed aanbod van gezondheidsinformatie over een gezonde zwangerschap en een gezonde bevalling, maar zij verdwaalet erin. Ze heeft niet de gewoonte of de kennis om deze informatie te raadplegen. Deze drempel kent zware gevolgen voor de toekomstige moeder en baby. Bekaert & Martens (2001) komen tot de conclusie dat lager geschoolede vrouwen een eerste prenatale consultatie langer uitstellen dan hoger geschoolede. Swinberge et al. (2003) tonen aan dat de opleiding van de moeder gecorreleerd is met de afloop van haar zwangerschap: kinderen waarvan de moeder laaggeschoold is, lopen reeds van in de moederschoot meer kans op een laag geboortegewicht, vroeggeboorte of congenitale afwijkingen.

Psychologische drempels: Het leven in armoede brengt heel wat psychologische gevolgen met zich mee. Gevoelens van machteloosheid, wantrouwen en een gestoorde communicatie hangen hiermee samen. De kansarme zwangere stelt weinig vertrouwen in instellingen en hun vertegenwoordigers, zo ook in hulpverleners. Ze vertonen een selectieve perceptie van informatie (minder oog voor maatschappelijk relevante informatie) en een gebrek aan durf door te veel negatieve ervaringen. Ze onderkennen een gevoel van schaamte en een gebrek aan zelfvertrouwen. In de kindertijd ontbrak het hen vaak aan warme en hechte vertrouwensfiguren zodat er geen gevoel van basisvertrouwen of basisveiligheid kon ontstaan (Driessens & Van Regenmortel, 2006). Het verleden heeft een grote invloed op het nu van de kansarme zwangere. De vele wissels van ouderfiguren bij eventuele plaatsingen maken dat zij vaak hechtingsproblemen vertonen.

toont. Gevoelens van onzekerheid en een negatief zelfbeeld komen naar boven. Ze vindt het moeilijk om affectie te geven aan haar ongeboren kind en om zich te hechten daar ze die ervaring zelf heeft gemist (Vanhee et al., 2001). Dezelfde schaamtegevoelens, gebrek aan vertrouwen in de hulpverlening, negatieve ervaringen en een gebrek aan kennis rond de zwangerschap zorgen ervoor dat de kansarme zwangere pas later op prenatale controle zal gaan (Gallo & Verdonck, 2012).

Materiële drempels: Geen of een klein inkomen betekent een beperkte financiële ruimte. Financiële zorgen leiden vaak tot ongezond wonen, een slechtere gezondheid (meer fysieke en mentale gezondheidsproblemen) en een lagere levensverwachting door ongezond en risicovoller gedrag. Voor de kansarme zwangere vormt de financiële drempel een mogelijke belemmering in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Zij stelt de zorgverlening vaak uit omdat ze de consultatie niet kan betalen. Hoogewijs (2012) stelt dat de minder goede perinatale outcome bij kansarme moeders en baby's onder meer te wijten is aan een hoge drempel tot de gezondheidszorg.

Sociale drempels: Kansarmen hebben meestal ook een beperkt sociaal kapitaal. Ze leven erg geïsoleerd en hebben een beperkt sociaal netwerk waar ze op kunnen terugvallen. Vaak zijn ze aangewezen om bij een hulpverlener aan te kloppen. Hierbij komt dat kansarmen moeilijke relaties kunnen opbouwen en behouden, vaak door een gebrek aan rolmodellen tijdens de jeugd. De kansarme zwangere kan vaak niet rekenen op vaste steunfiguren. Een zwangerschap vraagt echter een aantal sleutelfiguren waar de zwangere op kan terugvallen voor emotionele steun, praktische steun en gezelschap (Vanhee et al., 2001). Door een gebrek aan 'vergelijkingsmateriaal' en ervaring (geen kennis en vaardigheden) mist de zwangere een goede start voor het moederschap (Gallo & Verdonck, 2012). Zwangerschapsgroepen en moedersgroepen kunnen hier deels aan tegemoetkomen. Het is belangrijk dat de zwangere hierover wordt geïnformeerd en gestimuleerd wordt om hieraan deel te nemen.

Gezondheidspromotie en de kansarme zwangere

Een geboorte betekent een nieuwe start. Juist omdat kansarme vrouwen goede moeders willen zijn, proberen ze bij een zwangerschap aan de kans-

armoede te ontsnappen. Men wil het kind in een betere situatie opvoeden dan zijzelf hebben mogen ervaren. Een zwangerschap kan dan ook een gelegenheid zijn om een voorheen ongezond gedrag aan te pakken in het voordeel van het kind (Crabbe et al., 2008). Het is een cruciaal moment dat de kansarme zwangere in het belang van het kind erg open staat voor informatie en advies.

Interventies

In het kader van gezondheidspromotie kan de voedvrouw interventies stellen op micro-, meso-, en macroniveau. Daarbij kan zij verschillende media hanteren. Voorlichting en promotie heeft het meeste effect als meerdere zintuigen van de kansarme zwangere tegelijk geprikkeld worden en wanneer een actieve participatie wordt verwacht. Het model van Maertens & Maris (2000) geeft dit schematisch weer (figuur 2)

Figuur 2: Model van Maertens & Maris (2000), mate van participatie

| Actieve participatie | |
|-----------------------------------|---------------------|
| Effectieve overdracht | |
| Demonstraties | Zien, horen, voelen |
| Films, video, televisie | Zien, horen |
| Afbeeldingen, plaatjes | Zien |
| Schriftelijke materiaal | Zien |
| Lezing | Horen |
| Weinig participatie | |
| Slechte overdracht van informatie | |

Figuur 3 geeft een overzicht van het communicatievermogen van media bij kansarme publieksgroepen (MEMORI, 2001-2002). Communicatiemediastoren verschillend afhankelijk van het gestelde doel: in de belangstelling brengen, informeren, overtuigen of ondersteunen. Bij de keuze laat men zich best leiden door het medium waarmee de kansarme zwangere het meest vertrouwd is en de fase van het communicatieproces.

Figuur 3: Communicatievermogen van media ten opzichte van (kansarme) publieksgroepen (VWS, 2012)

| | Vermogen om in beeldstelling te brengen | Informend vermogen | Overtuigend vermogen | Ondersteunend vermogen |
|---------------------------|---|--------------------|----------------------|------------------------|
| MASSAMEDIA | | | | |
| Kranten & magazines | 1 | 3 | 3 | 4 |
| Televisiespots | 1 | 3 | 3 | 4 |
| Radio spots | 1 | 3 | 4 | 4 |
| TV-redactioneel | 1 | 3 | 2 | 4 |
| Radio-redactioneel | 2 | 3 | 3 | 4 |
| GEDRUKTE MEDIA | | | | |
| Flyers | 2 | 3 | 4 | 3 |
| Folders | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Brochures | 4 | 1 | 3 | 1 |
| Directe mail | 2 | 2 | 3 | 3 |
| Advertenties | 2 | 3 | 4 | 4 |
| Affiches/aanplakborden | 2 | 3 | 4 | 3 |
| MONDELINGE MEDIA | | | | |
| Persoonlijk gesprek | 2 | 1 | 1 | 2 |
| Lezing voor groep | 2 | 1 | 3 | 2 |
| Infolijn | 3 | 1 | 3 | 2 |
| Telefoongesprek | 2 | 2 | 3 | 3 |
| AUDIOVISUELE MEDIA | | | | |
| Videofilm | 4 | 2 | 3 | 3 |
| Telerekst | 3 | 3 | 3 | 2 |
| DIGITALE MEDIA | | | | |
| Website | 3 | 2 | 3 | 1 |
| E-mail | 2 | 3 | 4 | 3 |
| E-zine | 3 | 2 | 3 | 3 |
| CD-ROM/ DVD | 3 | 3 | 4 | 2 |
| Sms-berichten | 2 | 2 | 3 | 3 |

① Bijna altijd van toepassing, ② Gewoonlijk van toepassing, ③ Soms wel, soms niet van toepassing, ④ Zelden van toepassing, ⑤ Nooit of bijna nooit van toepassing.

Op macroniveau kan massamedia gebruikt worden om gezondheidsthema's in de aandacht te brengen. Wenst de vrouw de focus te leggen op het informeren, overtuigen en ondersteunen van de kansarme zwangere, dan kiest zij best voor gedrukte media en/of mondelinge media. Alhoewel bij kansarmen doorgaans een leescultuur ontbreekt, kunnen sommige gedrukte media op bijzondere appreciatie van de doelgroep rekenen, zoals persoonlijk geadresseerde schriftelijke communicatie. Het overtuigend vermogen situeert zich voornamelijk bij de mondelinge kanalen.

Doeltreffende communicatie

Welke communicatievorm de vrouw uiteindelijk kiest, zij zal rekening moeten houden met een aantal aspecten. Waldmann (2008) omschrijft de voorwaarden waaraan media voor communicatie

met kansarme groepen dient te voldoen. Vertaald naar de kansarme zwangere betekent dit:

- De kansarme zwangere dient vertrouwd te zijn met de gekozen media.
- Er wordt bij voorkeur een combinatie gebruikt van twee types media: Enerzijds media waarbij de vrouw zelf de inhoud van de informatie, de volgorde en het tempo hiervan bepaalt. Anderzijds zijn ook communicatiekanalen gewenst waarbij de kansarme zwangere zelf bepaalt hoe snel en in welke volgorde zij de informatie tot zich laat komen.
- Het is aangewezen voldoende kanalen voor persoonlijk, gericht communicatie te voorzien. Kansarmen geven er uitdrukkelijk de voorkeur aan om persoonlijk benaderd te worden. De meest geschikte media daartoe zijn mondelinge communicatie, gepersonaliseerde brieven en sms-berichten. Ook het voorzien van een eigen contactpersoon, een persoon waarin de zwangere vertrouwen heeft, is een aanrader. Een eerste stap naar een vertrouwelijke zorgrelatie waar continuïteit van zorg centraal staat.

Naast het gekozen medium is de manier waarop de informatie gegeven wordt aan de kansarme zwangere doorslaggevend. De informatie dient spontaan gegeven te worden, recent te zijn, meermaals herhaald te worden en afgetoetst te worden. Zeker bij een eerste zwangerschap. De zwangere verwacht dat de vrouw informatie geeft en oplossingen mogelijkheden (Crabbe et al., 2008).

Benadering van de kansarme zwangere

Gezondheidspromotie is maatwerk. De activiteiten dienen optimaal afgestemd te zijn op de doelgroep of op de persoon voor wie de voorlichting bedoeld is om maximale resultaten te boeken. Het specifiek profiel van de kansarme zwangere vergt dan ook een aangepaste benadering. Volgende tips bieden een houvast aan de vrouw en andere hulpverleners (MEMORI, 2002; Van Regenmortel, 2002; Vanhauwaert, 2007; VIGE, 2012; VWS, 2012). De basisprincipes van een begeleiding op maat (Van Regenmortel, 2002) en de geest van motiverende gespreksvoering (Lane & Rollnick, 2009) werden hierin geïntegreerd.

1. *Ken je doelgroep.* De kansarme zwangere bestaat niet. Verzamel wel specifieke informatie: leeftijd, opleiding, werk, inkomen, vaardigheden, taal,

cultuur.... zodat je zorg op maat kan leveren. Iedere zwangere vrouw in kansarmoede heeft haar eigen verhaal. Luister hiernaar. Met deze bagage zal de vrouw aan de slag moeten gaan. Vaak vormt deze bagage de motivatie om iets te doen of niet te doen. Het verleden heeft een invloed op hoe de zwangere kijkt naar haar zwangerschap en toekomstig ouderschap. Bijvoorbeeld een tekort aan stabiliteit tijdens de jeugd, het niet kunnen opbouwen van basisvertrouwen, maakt het haar vaak moeilijk om affectie te tonen aan haar (on)geboren kind (Swimberge et al., 2003).

2. *Ontwikkel een respectvolle basishouding.* Neem een respectvolle en begripvolle open houding aan en toon interesse zonder vooroordelen. Spreek de zwangere niet aan op zijn kansarm-zijn. Vermijd stigmatisering.
3. *Kom in contact.*
4. *Schep een vertrouwensklimaat.* Versterk het gevoel van nabijheid en vertrouwen. Neem persoonlijk contact, individueel of in groep. Werk outreaching: zoek zelf je doelgroep op. Zoek bestaande ontmoetingsplaatsen op zoals wijken, buurthuizen, mama'scafés.

5. *Erken de autonomie van de cliënt.* Leg de verantwoordelijkheid tot veranderen bij de kansarme zwangere zelf. Geloof in haar. Ondersteun haar hierbij. Ga ervan uit dat de kansarme zwangere deskundig is over zichzelf. Zij doet beroep op de hulpverlener om zelf grip te krijgen op haar situatie. Zij vindt het belangrijk zaken op haar eigen manier aan te pakken, aangepast aan haar specifieke en complexe situatie. Vaak wordt de zorg gedeeltelijk overgenomen omdat zij minder capabel geacht wordt. Hierdoor wordt de zwangere bevestigd in haar gebrek aan zelfvertrouwen. Bied haar kansen, geef haar haalbare opdrachten, beloon het resultaat. Multipara vinden het belangrijk als zodanig erkend te worden, tenslotte hebben ze al ervaring en kennis opgedaan. Informatie wordt kritischer bekeken en deze moeders hebben minder behoefte aan informatie in het algemeen. Sommige zwangeren aanvaarden moeilijk advies van een zorgverstreker die zelf geen kinderen gebaard heeft (Crabbe et al., 2008).
6. *Ga in dialoog.* Geen eenrichtingsverkeer, werk 'samen'. Luister reflectief en geef je de zwangere de kans om zelf items aan te reiken, zelf keuzes te maken. Doe beroep op haar verantwoordelijkheid. Ga een open

communicatie aan waarbij er continu overleg gebeurt in vertrouwen. De vrouw kan uitleg geven, geruststellen, positief bekrachtigen en eventueel bijsturen waar nodig. Er ontstaat een continuïteit van zorg waarbij de zwangere steeds terugkeert naar de hulpverlener die hun vertrouwen waard is (Crabbe et al., 2008).

7. *Empower je doelgroep.* Door participatie aan te moedigen krijgt de cliënt grip op de eigen situatie en omgeving. Mensen met minder kansen bezitten kracht. Ze hebben potenties. Merk die kracht, ondersteun ze en ga ermee aan de slag. Gelijkaardigheid tussen de vrouw en de kansarme zwangere staat hierbij centraal. Geloof in de eigen krachten van de cliënt zonder haar te veroordelen. Neem een positieve, bevestigende en empowerende houding aan om het vertrouwen in zichzelf en in de zorgverstreker te versterken (Crabbe et al., 2008; Delfos, 2011).
8. *Gebruik aangepaste communicatievormen.*

- a. Hanteer een persoonlijke stijl: Het is aangewezen om de kansarme zwangere zo persoonlijk mogelijk aan te spreken: bijvoorbeeld met het voorzien van een eigen contactpersoon, of met gepersonaliseerde brieven en sms-berichten.
- b. Hanteer een motiverende gespreksvoering: wees empathisch, ontwikkel discrepantie, wees mee bij weerstand, ondersteun en versterk eigen-effectiviteit, vermijd discussie en argumentatie.
- c. Communicatie dient concreet, herkenbaar, gestructureerd en visueel te zijn
 - i. Informatie dient gestructureerd te zijn
 - ii. Gebruik helder en direct taalgebruik: korte zinnen, bevattelijk en eenvoudig woordgebruik, vermijd vakjargon, maak gebruik van voorbeelden
 - iii. Geef info op maat
 - d. Gebruik geen betutteling
 - e. Wees direct en eerlijk
 - f. Wees voorzichtig met humor en beeldspraak
 - g. Gebruik goedkope kanalen

De zwangere verwacht dat de vroedvrouw informatie geeft en oplossingen zoekt die passen bij haar levenssituatie en financiële mogelijkheden (Crabbe et al., 2008).

9. *Benadruk het positieve.* Heb aandacht voor de levensgeschiedenis van mensen, focus je op de inzet en levenskracht van mensen, niet op hun gebreken of falen, werk vanuit een positiviteit. Een positieve toon kan aanwezige krachten versterken en een opening verschaffen naar verdere ondersteuning en zorgrelatie. "Je gaat het goed doen" ondersteunt de zwangere, geeft vertrouwen en maakt haar bekwaam de verdere informatie te beluisteren en zo mogelijk ook toe te passen (Crabbe et al., 2008).

10. *Hou rekening met factoren die gedragsverandering in de weg staan.*

- Bijvoorbeeld een gebrek aan financiële middelen
11. *Maak duidelijke afspraken met cliënt en netwerk.*
12. *Kijk niet te ver, ga niet te snel.* Werk met kleine stappen, geen lange termijn doelen: vandaag, niet binnen 10 jaar. De communicatieboodschappen dienen het accent te leggen op wat voor de kansarme zwangere in haar leefwereld herkenbaar en op korte termijn nuttig is.

Discussie

Doorheen de zoektocht naar literatuur naar kansarmoede en de begeleiding van kansarmen, bleek al snel dat er weinig recente wetenschappelijke literatuur, toegespitst op Vlaanderen, terug te vinden was. Buiten enkele basismerken, werd voor dit luik voornamelijk teruggegrepen naar rapporten van kansarmoedeprojecten uitgevoerd door de overheid en welzijnsorganisaties. Deze waren zeer geschikt en betrouwbaar. De resultaten in de verschillende rapporten waren gelijklopend en vergelijkbaar.

Hoe de intensieve begeleiding specifiek op maat afgesteld dient te worden aan de kansarme zwangere, dient verder onderzocht te worden. De resultaten uit de projecten werden geformuleerd naar de kansarme cliënt in het algemeen. In deze literatuurstudie werd de vertaalslag zelf gemaakt naar de kansarme zwangere.

Het negatief verband tussen kansarmoede en perinatale outcome wordt uitvoerig besproken in verschillende artikelen. Het belang van een tijdige, aangepaste prenatale zorg voor kansarme zwangeren is hierbij

Gezondheid is niet gelijk verdeeld in onze samenleving

prominent aanwezig. Een bijkomend euvel dat zich hier stelt is de bereikbaarheid van deze kansengroep. Ondanks een uitgebreid aanbod van zorg en informatie blijven sommige kansarme zwangeren moeilijk te bereiken. Een hoge kostprijs, taalbarrière, moeilijke sociale situatie zijn hier vaak de oorzaak van. De opbouw van een duurzaam zorgnetwerk, bestaande uit verschillende organisaties werkzaam in de perinatale zorg is dan ook noodzakelijk om een continue zorg te kunnen aanbieden. Hierbij dient de aandacht te gaan naar een multidisciplinaire hulpverlening waarbij verenigingen, waar de armen het woord nemen, deel van uitmaken. Op deze manier kan er een laagdrempelige zorg op maat van de zwangere en het gezin aangeboden worden waarbij een gratis toegang en opvang voor de andere kinderen aandachtspunten zijn. Huidige initiatieven van Kind & Gezin, zoals de inplanting van perinatale steunpunten in kansarme wijken, het werken met gezinsondersteuners en inloopteams zijn voorbeelden in de goede richting. Zo ook zijn er heel wat voorbeelden van goed practices die kansarme gezinnen ondersteunen, zoals de Parel (Leuven), Perinatale netwerken Turnhout-Herentals, Novo vida (Antwerpen) die verder uitgebouwd dienen te worden.

In Nederland wenst men terug te grijpen naar de sociale verloskunde die in de jaren zeventig beschreven werd als het vakgebied waarin aandacht wordt gegeven aan de zwangere vrouw en de maatschappelijke context waarin haar bevalling zal plaatsvinden. Steegers et al. (2013) is van mening dat deze sociale verloskunde vandaag de dag een vervolg moet krijgen in concrete zorgactiviteiten door huisartsen, vroedvrouwen en gynaecologen. Hij verwijst hierbij naar de verloskundige indicatielijst die naast verloskundige en medische risico's ook armoede gerelateerde risico's dient te omvatten. Deze piste zou ook hier in Vlaanderen aanbevolen moeten worden.

Besluit

Gezondheid is niet gelijk verdeeld in onze samenleving. Grote ongelijkheden in gezondheid worden vastgesteld tussen mensen met verschillende sociale achtergrond: hoe lager men zich bevindt op de sociale ladder, hoe meer gezondheidsklachten men heeft. Gezondheidspromotie bij deze kansarme doelgroep verdient dan ook specifieke aandacht. Door het eigen profiel van de kansarme zwan-

gere zal de 'vroedvrouw' haar begeleiding op maat moeten afstemmen. Niet alleen zal zij oog moeten hebben voor het type van interventie dat zij zal stellen, maar ook de wijze waarop ze de kansarme zwangere zal benaderen is cruciaal voor een succesvol resultaat.

Referenties

- Bekaert A & Martens G. (2001). De invloed van sociale factoren op zwangerschap, bevalling en geboorte. Gezondheidsindicatoren: ministerie van de Vlaamse gemeenschap, 61-63.
- Crabbe B., De Craecker A., Devriendt V., Eggermont M., Schoorens G., Duprez V., et al. (2008). Eindrapport: Naar een betere zorgrelatie tussen generatiearmen en gezondheidswerkers in de perinatale zorg. Gent: Arteveldehogeschool.
- Cré J. (22 april 2010). Armoedebestrijding: het referentiekader. Lezing op 'Centrumdag VCLB', Leuven.
- Delfos M. (2011). Hulp aan zeer jonge ouders. Van methode tot begeleiding. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Driessens K. & Regenmortel T. (2006). Bindkracht in armoede. Leefwereld en hulpverlening. Leuven: Lannoo Campus.
- Gallo K. & Verdonck L. (14 november 2012). Armoede: wat betekent dit voor zwangere vrouwen en moeders. Notas bij het symposium 'Kansarmoede en zwangerschap', Antwerpen.
- Goris B., Moreels A. & Van Opstal W. (2010). Werken met en voor mensen in kansarmoede. Een evaluatie van het project TAO Limburg. Onderzoeksrapport in opdracht van vzw De Link. KHL Leuven, Sociale School Heverlee.
- Hardeman R. (2011). Interventies die leiden tot een succesvolle preventie van de gevolgen van een lage socio-economische status in relatie met zwangerschap en geboorte. Geraadpleegd op 30 augustus 2013. <http://www.dezvangere-centraal.nl/download/literatuurstudie-ses-definitief.pdf>.
- Hoogewys A. (14 november 2012). Perinatale zorg en kansarmoede: goede reis. Notas bij het symposium 'Kansarmoede en zwangerschap', Antwerpen.
- Kind & Gezin (2012). Het kind in Vlaanderen 2012. Kind en Gezin, Brussel.
- Koning Boudewijnstichting. (1994). Algemeen Verslag over de Armoede. KBS, Brussel.

- Lammertijn F. (1990). De veelzijdigheid in de Vlaamse Gemeenschap: voorziening en overheidsbeleid. Kluwer, Deurne.
- Lane C.A. & Rollnick S. (2009). Motivational Interviewing. In S.A. Shumaker, Ockene J.K., Rieker K.A. (Ed.), The handbook of health behavior change (151-167). New York: Springer Publishing Company.
- Lefèvre E. (2009). Sociale ongelijkheden in gezondheid in Vlaanderen. Pastorale Perspectieven, 3, 144-145.
- Maertens N. & Maris N. (2000). Patiëntengericht voorlichten. Amsterdam: SWP.
- MEMORI (2002). Elkaar vinden – bouwstenen voor het communiceren met kansarme doelgroepen. Geraadpleegd op 14 december 2012. http://www.vsg.be/sociaal_beleid/documents/brochure%20communiceren_%20met%20kansarmen.pdf.
- Nicaise I. & De Wilde C. (1995). Het zwaard van Damocles. Arme gezinnen over de bijzondere jeugdzorg. Leuven/Apeldoorn, Garant.
- Swimberge S., Cammu H., Verstraeten H., Martens G. & Bekaert A. (2003). De opleiding van de moeder staat in verband met de afloop van haar zwangerschap. Tijdschrift voor geneeskunde, 59, 978-983.
- Spieschaert F. (2005). Ervaringsdeskundige in armoede en sociale uitsluiting. Een inleiding tot de methodiek. Leuven/Voorburg: Acco.
- Steegers E., Denktas S., de Graaf H. & Bonsel G. (2013). Sociale verloskunde voorkomt armoede al. Mens en maatschappij, 14, 714-717.
- Steenkens K., Demeyer B. & Van Regenmortel T. (2009). Conceptnota empowerment en activering in armoedesituaties. Geraadpleegd op 14 december 2012. <http://www.expoo.be/sites/default/files>.
- Studiedienst van de Vlaamse Regering (2013). Armoedemonitor, 2013. Geraadpleegd op 30 april 2012. [Tijdschrift voor
110 VROEDVROUWEN](http://www.armoedebestrijding.be/Vanhauwaert E. (2007). Handboek gezondheids-promotie, evenwichtig eten en gezond bewegen. Brussel: Lannoo Campus.
Vanhee L., Laporte K. & Corveleyn J. (2001). Kansarmoede en opvoeding. Mogelijkheden en moeilijkheden in het opvoedingsproces bij kansarme gezinnen. Leuven/Apeldoorn: Garant Uitgever.

</div>
<div data-bbox=)

- Van Regenmortel T. (1996). Maatzorg: een methode voor het begeleiden van kansarmen. Leuven/Amersfoort: Acco.
- Van Regenmortel T. (2002). Empowerment en Maatzorg: een krachtgerichte psychologische kijk op armoede. Leuven: Acco.
- Vanroelen C. (2001). Sociaal-economische verschillen in gezondheidsfactoren en toegankelijkheidsproblemen in de Belgische gezondheidszorg: analyse van de Belgische gezondheidsenquête van 1997. Brussel, Vrije Universiteit Brussel.
- VlGeZ (2012). Werken met kansengroepen. Wegwijzer voor succesvolle projecten. SL.
- Vranken J., De Boyser K., Dierckx D. & Campaert G. (2007). Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007. Leuven: Acco.
- Vranken J. & Steenssens K. (1996). Naar het middelpunt der armoede? Een onderzoek naar de structuren van het dagelijks leven van generatie-armen in een urbane omgeving. Studies over de samenleving. Leuven-Amersfoort: Acco.
- Waldmann B. (2008). Voorlichting op maat. Geraadpleegd op 14 december 2012, http://www.vumc.nl/afdelingen-themas/33760/101392/Voorlichting_op_maat.pdf
- Willems S. (2013). Verband tussen gezondheid en armoede is er al voor geboorte. Geraadpleegd op 14 augustus 2013, <http://www.demorgen.be/dm/nl/989/Binnenland/article/detail/1532566/2012/11/12/Verband-tussen-gezondheid-en-armoede-is-er-al-voor-geboorte.dhtml>

OPROEP AAN DE VROEDVROUWEN

Analyseren van ons dagelijks werk geeft een kritische reflectie en schept kansen om het vroedvrouwwerk te optimaliseren. Onderzoek je als vroedvrouw een aspect binnen ons werk of maak je deel uit van een onderzoeksteam? Laat je werk niet in een schuif liggen!

Deel je resultaten en stuur ze naar redactie@vlov.be. Zo heeft je inzet meer impact op de zorg die we bieden.

Rechtzetting

In TVV1 - 2014 dient het schema op P 29 vervangen te worden door bijgevoegd schema. Artikel: Obesitas en zwangerschap. Impact van coaching en counseling door de vroedvrouw, Annick Bogaerts. Met onze excuses.

Figuur 3: Gemiddelde waarden van toestandsgangst per zwangerschapstrimester in de 3 groepen van obese zwangeren

